

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1921

THÈSE

N° 286

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

François-Dominique MANNONI

Né à Pero-Casevecchie (Corse)

le 4 octobre 1890

L'ARTHRITE DÉFORMANTE

de la hanche de l'adulte

Président : M. GOSSET, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, rue Racine, 15

1921

286

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1921

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

François-Dominique MANNONI

Né à Pero-Casavecchie (Corse)

le 4 octobre 1890

L'ARTHRITE DÉFORMANTE

de la hanche de l'adulte

Président : M. GOSSET, professeur



PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, rue Racine, 15

1921

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESEUR : G. POUCHET
PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie.	CH. RICHTER
Physique médicale	ANDRÉ BROCA
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.	MARCEL LABBÉ
Pathologie médicale	RENON
Pathologie chirurgicale.	LECENE
Anatomie pathologique.	LETULLE
Histologie.	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale.	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
Clinique médicale.	ACHARD
	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
	MARFAN
	NOBECOURT
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance	DUPRÉ
Clinique des maladies des enfants.	JEANSELME
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	PIERRE MARIE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	TEISSIER
Clinique des maladies du système nerveux.	DELBET
Clinique des maladies contagieuses	GOSSET
Clinique chirurgicale	LEIARS
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR
	COUVELAIRE
	BRINDEAU
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	AUGUSTE BROCA
Clinique thérapeutique.	VAQUEZ
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie.	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale.	DUVAL

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FIESSINGER	LELORIER	REITTERER
BASSET	GARNIER	LEMIERRE	RIBIERRE
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEQUEUX	RICHAUD
BLANCHETIERE	GREGOIRE	LEREBoullet	ROUSSY
BRANCA	GUENIOT	LERI	ROUVIERE
CAMUS	GUILLAIN	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ(A.)
CHAMPY	GUILEMINOT	MATHIEU	TANON
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHIRAY	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LABBE HENRI	MULON	VILLARET
DEBRE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DESMAREST	LANGLOIS	PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE JOSEPH

A LA MÉMOIRE DE MES
GRAND-PÈRES ET GRAND'MÈRES

A MON PÈRE, A MA MÈRE
A MES FRÈRES ET SŒURS

*En témoignage de ma reconnaissance
et de ma vive affection.*

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur GOSSET

Professeur de Clinique Chirurgicale
Commandeur de la Légion d'honneur

*Pour le grand honneur qu'il nous fait en
acceptant de présider notre thèse.*

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ
DE MÉDECINE

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. le Professeur WIDAL

M. le Professeur DELBET

M. le Professeur HARTMANN

M. le Professeur SICARD

M. le Professeur BAR

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
ET DES HOPITAUX DE MARSEILLE

A MES MAITRES DES HOPITAUX
D'AVIGNON

L'ARTHRITE DÉFORMANTE

DE LA HANCHE DE L'ADULTE

INTRODUCTION

Toute douleur spontanée de la hanche, accompagnée de claudication, de contracture musculaire et d'attitude vicieuse du membre inférieur malade, fut pendant longtemps considérée comme une manifestation tuberculeuse de l'articulation coxo-fémorale.

Le mot « coxalgie » dont le moins qu'on puisse dire c'est qu'il est impropre et incomplet, fut choisi pour exprimer l'ostéo-arthrite tuberculeuse de cette articulation.

Plus tard le professeur Duplay a réuni très heureusement et a mis à part sous le nom de *pseudo-coxalgies* les péri-arthrites coxo-fémorales (pérityloïdites, trochantérites, bursites etc.) bacillaires ou ostéomyélitiques.

La radiographie a montré par la suite, que, au niveau de la hanche, se développaient en outre d'autres lésions qui n'ont rien de tuberculeux et à étiologie obscure, telles que l'ostéo-chondrite déformante infantile et les arthrites déformantes juvéniles et séniles.

Ces nouvelles formes ont donné lieu depuis quel-

ques années à de nombreux travaux, et elles sont encore à l'ordre du jour.

Zeas, Maydl, von Brunn, Gull, Moulis, Bouchard, Hoffa, Preiser, Imelmann, Matzuoka, Frängenheim, Legg, Rottenstein, Houzel, Calvé, Perthes, Waldenström, Levy, Eden, Bargellini et d'autres encore, ont tour à tour décrit des lésions para-articulaires ou articulaires qu'ils différenciaient de l'ostéo-arthrite tuberculeuse.

Les auteurs allemands paraissent cependant avoir analysé ces affections avec la plus grande confusion et il semble bien que c'est à Calvé, qui en juillet 1910, fit paraître dans la Revue de chirurgie une étude intéressante « *Sur une forme particulière de pseudo-coxalgie* » que doit revenir le mérite d'avoir individualisé une affection qui en 1919 devait faire l'objet d'une thèse soutenue à Paris par Mérine sous le nom de *Ostéo chondrite déformante infantile de l'épiphyse fémorale supérieure*.

Cette nouvelle forme est actuellement admise en France et tout dernièrement encore, dans la Revue d'orthopédie de janvier 1921, le D^r Etienne Sorrel publiait 6 cas d'ostéo-chondrite déformante infantile.

De leur côté Rottenstein et Houzel, au cours d'une étude critique sur la carie sèche et l'arthrite déformante de la hanche nous apportaient en 1910 de précieux éclaircissements.

Actuellement nous pouvons donc admettre que les maladies non tuberculeuses de la hanche se divisent

en affections para-articulaires : *les ostéo-chondrites*, où le cartilage de conjugaison est le siège principal de la lésion, et en affections articulaires : *les arthrites* où les déformations portent uniquement sur les tissus articulaires. Or parmi les arthrites deux formes sont généralement admises : l'arthrite déformante juvénile et l'arthrite déformante sénile.

Il nous a paru utile de mettre en lumière, une affection, qui pouvant se confondre par ses lésions anatomiques avec les arthrites déformantes juvéniles et séniles s'en différencie par l'âge de l'individu sur lequel elle se développe : *trop tard* pour être considérée comme une arthrite juvénile, *trop tôt* pour être prise pour une arthrite sénile.

C'est de l'arthrite déformante de la hanche de l'adulte que nous voulons parler.

D'une part, l'âge des malades que nous avons examinés nous permet d'éliminer les arthrites juvéniles et séniles. D'autre part les lésions anatomiques que nous avons observées doivent d'emblée nous faire éliminer la tuberculose : et c'est là pour nous le point capital, car si l'étiologie de l'arthrite de la hanche chez l'adulte reste aussi obscure que l'étiologie des différentes arthrites non tuberculeuses, il n'en sera pas moins intéressant au point de vue pronostic et traitement de pouvoir écarter l'infection tuberculeuse, — si souvent et à tort semble-t-il mise en cause, — lorsque l'adulte présente du côté de la hanche les phénomènes que nous avons relevés sur nos deux malades.

ÉTUDE CLINIQUE

L'arthrite déformante de la hanche de l'adulte se présente avec un ensemble de signes cliniques subjectifs et objectifs tel qu'il est impossible de pouvoir la différencier de l'ostéo-arthrite tuberculeuse.

Bien que les malades ou plutôt les deux malades que nous avons examinés, ne présentent ni lésions pulmonaires, ni adénopathie inguinale et iliaque, ni empâtement péri-articulaire, et, bien qu'il n'y ait rien dans leurs antécédents qui soit de nature à nous faire craindre la tuberculose, le tableau de l'arthrite déformante de la hanche chez l'adulte nous apparaît de telle façon que sans l'aide de la radiographie nous ne pourrions porter un diagnostic autre que celui de « coxalgie ».

Quoique les cas soient rares, (nous pouvons supposer, il est vrai, que quelques-uns d'entre eux sinon plusieurs ont été pris et soignés pour ostéo-arthrite tuberculeuse) étant donné qu'ils ont présenté une symptomatologie identique, jusqu'à preuve du contraire nous pouvons généraliser cette symptomatologie et en faire le tableau clinique de l'arthrite déformante de l'adulte.

Début. — Affection de l'âge adulte (35 à 40 ans),

l'arthrite déformante de la hanche est mono-articulaire ; elle débute lentement, insidieusement, sans cause apparente par des douleurs vagues et intermittentes auxquelles le malade ne prête souvent aucune attention. Ces douleurs deviennent plus vives par la suite, irradient parfois vers la face postérieure de la cuisse et simulent les douleurs sciatiques ; puis le tableau de la période d'état se constitue.

Période d'état. — Dans sa période d'état la maladie est caractérisée par des signes cliniques positifs rappelant à s'y méprendre les phénomènes relevés au cours de l'ostéo-arthrite tuberculeuse de la hanche.

Douleurs, claudication, contracture musculaire, limitation des mouvements, flexion, abduction, rotation externe du membre malade, impotence fonctionnelle, sont autant d'indices qui tombent immédiatement sous l'examen.

Une recherche plus approfondie révèle une légère atrophie musculaire péri-articulaire et un affaissement du pli fessier correspondant à la lésion.

Si nous poussons plus loin nos investigations, nous remarquons, après avoir fait disparaître les attitudes de compensation (ensellure lombaire, inclinaison et rotation du bassin) que le membre inférieur atteint est légèrement raccourci (1 cm. environ) et que le grand trochanter se trouve au dessus de la ligne Nélaton-Roser, à une distance équivalente au raccourcissement noté.

La contracture musculaire nous empêche de rechercher les craquements.

Les douleurs et l'attitude vicieuse du membre, regressent par le repos et augmentent avec les mouvements.

A ces signes positifs viennent se joindre des signes négatifs qui ont leur importance.

On ne constate en effet ni adénopathie inguinale et iliaque, ni empâtement périarticulaire. La pression sur le genou et le grand trochanter ne détermine pas de douleur, et c'est à peine si on provoque une légère sensibilité à la palpation de la région fessière et du triangle de Scarpa.

L'état général du malade reste bon ; l'appétit est conservé et on ne note aucune réaction thermique.

Antécédents. — Dans les antécédents héréditaires ou personnels, on ne retrouve rien de caractéristique, sinon chez une de nos malades, une luxation congénitale de la hanche du côté opposé au membre atteint.

Il n'est pas inutile, croyons-nous, d'insister sur le fait que nos malades n'ont été atteints, autant qu'ils s'en souviennent, d'aucune maladie infectieuse, et qu'ils ont des enfants très bien portants.

Evolution. — L'évolution de cette arthrite paraît progressive ; mais la progression n'est pas régulière.

Elle se fait par poussées successives laissant derrière elles une légère limitation des mouvements et une attitude quelque peu vicieuse du membre ; chose remarquable, elle ne donne pas lieu à l'ankylose.

L'état de l'articulation peut néanmoins rester pendant longtemps sans changement appréciable, ou n'accuser une légère réaction que par quelque phénomène douloureux, vague, banal, intermittent, auquel le malade n'attache le plus souvent aucune importance. Puis survient une poussée douloureuse : les douleurs deviennent vives, réveillées et augmentées par les mouvements ; les troubles fonctionnels s'installent, augmentent d'intensité et ne rétrogradent pas spontanément.

A ce moment le malade devenu impotent, se présente au médecin avec tous les signes cliniques énumérés plus haut.

Or, si quelques uns de ces signes (les négatifs) peuvent à la rigueur nous aider dans notre diagnostic, nous sommes tenus de les considérer comme simples éléments de probabilité, et si nous voulons porter un diagnostic sûr, c'est à la radiographie que nous devons raisonnablement avoir recours.

ÉTUDE RADIOGRAPHIQUE ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Les caractères radiographiques ont été étudiés sur les deux radiographies à peu près identiques que nous avons en notre possession et dont nous donnons ci-dessous une épreuve.

Tout de suite, on est frappé par les lésions cartilagineuses articulaires qui permettent d'opposer l'arthrite déformante à l'ostéo-chondrite dont les lésions siègent sur le cartilage de conjugaison, para-articulaire. A l'âge de quarante ans d'ailleurs, le cartilage de conjugaison a complètement disparu, et logiquement en présence de cas tels que ceux que nous relatons on peut dire « pas d'ostéo-chondrite », à moins qu'on n'admette une forme silencieuse à évolution très tardive ce qui se conçoit difficilement.

D'autre part on peut citer encore des caractères différents et pour ne pas insister davantage nous ne ferons qu'ajouter que si la voûte du cotyle est peu modifiée dans l'ostéo-chondrite, nous allons voir que dans l'arthrite déformante de la hanche chez l'adulte, elle est le siège de modifications importantes et nettes. Nous pourrions encore faire ressortir que si l'espace articulaire est augmenté dans l'ostéo-chon-

drite, il est au contraire diminué dans l'arthrite déformante.

Les lésions articulaires remarquées dans l'arthrite déformante de la hanche, portent à la fois sur la tête du fémur qu'elles aplatissent, sur le cotyle qu'elles usent et qu'elles prolongent et sur l'espace articulaire qu'elles pincent ou qu'elles réduisent par endroits jusqu'à complète disparition ; elles portent enfin sur le cartilage diarthrodial tout entier et sont à la fois atrophiques et hypertrophiques.

Tête fémorale. — La tête fémorale est aplatie et élargie ; elle prend la forme d'un tampon de wagon ou d'un champignon, par tassement central et hyperproduction périphérique. Elle a subi une ascension qu'on peut évaluer à un centimètre environ, ascension révélée par le fait que le bord inférieur du col du fémur ne se continue pas en plein cintre avec le bord supérieur du trou obturateur.

Voûte du cotyle. — La voûte du cotyle est usée, mais elle est prolongée en dehors par des néo-formations osseuses (*ostéophytes*) très prononcées ; ces masses ostéophytiques offrent l'aspect d'un bec de canne.

Espace articulaire. — On constate une diminution, un pincement de l'espace articulaire, parfois même une disparition complète de cet espace en certains points. Cette diminution ou cette disparition partielle de l'espace articulaire est sans doute le résultat du rapprochement des surfaces osseuses par destruction des cartilages diarthrodiaux.

Synoviale. — La synoviale subit aussi des transformations.

En effet nous avons pu, sur la radiographie concernant l'un de nos malades (obs. II), nous rendre compte de la présence d'ostéophytes isolés, dus sans doute à l'ossification de la séreuse en certains points. Ces ostéophytes tombent quelquefois dans la jointure et donnent lieu à une variété de corps étrangers articulaires.

Fémur. — Le fémur est en abduction et en rotation externe assez marquées.

On note en outre qu'il n'y a pas de coxa-vara, pas de trochantérite, pas d'épaississement du col du fémur, pas de décalcification.

Les déformations osseuses, les productions ostéocartilagineuses au pourtour des surfaces articulaires, enfin toutes les altérations des parties constituant les de l'articulation aboutissent au centre à une atrophie avec déformation osseuse, à la périphérie à une hypertrophie amenant les nodules ostéophytiques marginaux.

En résumé : Raréfaction et déformation d'un côté, prolifération de l'autre.

Bien que l'étude anatomo-pathologique ne soit basée que sur les radiographies que nous possédons (il ne nous a pas été donné de procéder à un examen nécropsique) il semble que les altérations articulaires de l'affection qui nous occupe soient pareilles aux lésions rencontrées sur les diverses jointures atteintes d'arthrite sèche dont les caractères anatomo-

pathologiques connus depuis longtemps sont devenus classiques.

Avec le professeur Morestin qui dans son *Traité de Chirurgie générale des articulations* a d'une façon claire et précise décrit l'arthrite sèche, nous pourrions dire qu'un des caractères les plus curieux de ces lésions c'est que malgré l'usure des cartilages et les proliférations marginales ostéo-cartilagineuses, il ne se produit jamais d'ankylose véritable. Ne constatons-nous pas en effet chez nos deux malades dont l'affection remonte à plusieurs mois une mobilité presque normale de la hanche après quelques jours de repos ?

Quant à la déformation de la tête fémorale, au tassement qu'elle présente, à son aplatissement qui lui donne l'aspect d'un tampon de wagon ou d'un champignon, ne pourrions-nous pas admettre encore l'hypothèse séduisante du professeur Morestin qui attribue cette altération de la forme de la tête du fémur à une sorte d'ostéomalacie qui interviendrait à une certaine période de la maladie ?

Autrement il serait difficile d'expliquer ce phénomène.

Par où commence la dystrophie articulaire ? Cruveilhier qui avait surtout été frappé par les altérations des cartilages, sous le nom *d'usure des cartilages* a mis au premier plan ces transformations cartilagineuses. D'autres travaux sont venus confirmer ensuite cette interprétation ; et il paraît avéré aujourd'hui, à propos des arthrites sèches, que, si la

dystrophie commence quelquefois par la synoviale, habituellement c'est le cartilage qui est touché le premier.

Le cartilage central malade est détruit mécaniquement par les pressions et frottements que déterminent le poids du corps et le jeu de l'articulation. Il s'use et l'os est mis petit à petit et définitivement à nu.

A la périphérie, au contraire, le cartilage prolifère ; il donne naissance à des ecchondroses qui s'accumulent, s'ossifient assez rapidement et sont ainsi transformées en masses ostéophytiques. Or ces lésions d'aspect absolument différent semblent être dûes au même processus.

L'histologie montrerait ici aussi vraisemblablement, que quelle que soit la partie altérée, centrale ou marginale, les cellules cartilagineuses se mettent à proliférer d'une manière très active, tout comme dans les arthrites sèches.

Si les ecchondroses de la périphérie persistent et sont envahies par l'ossification, alors que celles du centre sont détruites, il faut croire que cette différence est due à la pression qui s'exerce constamment sur les parties centrales qu'elle désorganise mécaniquement, sans jamais intéresser la portion marginale qui à l'abri de cette usure mécanique prolifère, s'ossifie et garde ses ostéophytes nettement visibles à la radiographie.

Cette hypothèse nous paraît être la seule qui soit

de nature à nous expliquer qu'une affection articulaire puisse présenter de caractères anatomiques opposés, se traduisant sur un point par de la rarefaction et sur l'autre par une prolifération marquée.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

L'étiologie et la pathogénie de l'arthrite déformante de la hanche chez l'adulte sont loin d'être connues. Nous avons déjà fait remarquer que nous ne possédons aucune pièce d'autopsie et si des interventions permettant l'examen direct des lésions, ont été par hasard pratiquées, elles demeurent tout au moins ignorées.

En outre les observations que nous avons relevées ne nous éclairent pas davantage. Il n'y a rien dans les antécédents médiats ou immédiats de nos malades qui puisse nous faire incriminer une cause donnée.

Faut-il rattacher l'arthrite déformante de l'adulte au *morbus coxæ senilis ou juvenilis*, ne voir dans la forme de l'adulte qu'une arthrite sèche qui se réveillerait plus tôt ou plus tard que de coutume et lui attribuer la même étiologie et la même pathogénie ?

Peut-être ! Mais dans ce cas là encore étiologie et pathogénie resteraient aussi obscures. Car que trouve-t-on dans l'étiologie et la pathogénie de l'arthrite sèche : fatigue chronique, misère, travail dans des conditions pénibles et malsaines, ou encore vie sédentaire dans les habitations humides, auxquels s'ajoutent des causes déterminantes telles que le trau-

matisme ou une infection quelconque dont la jointure aurait été le siège longtemps avant la poussée d'arthrite, ou bien encore des prédispositions héréditaires ou acquises, un terrain spécial offrant certains défauts de résistance, des altérations très légères et fugaces du système nerveux central ou périphérique qui retentiraient sur les articulations, ou encore la défaillance d'un organe à sécrétion interne, ou une action lente fréquemment répétée de poisons, de toxines, agissant d'une manière élective sur les articulations ?

De toute façon il ne s'agirait donc ni d'une infection déterminée, ni d'une intoxication définie, mais d'un mode particulier de dystrophie sous l'influence de causes très diverses.

Tout ce que nous pourrions ajouter ne serait encore que pure hypothèse.

Dans nos deux cas nous ne pouvons incriminer, ni la tuberculose, ni la gonococcie, ni la syphilis : nous devons même les éliminer.

Peut-on d'ailleurs rattacher l'arthrite constatée, à une infection pneumococcique ou staphylococcique atténuée, ou à une subluxation congénitale larvée ? Cette dernière hypothèse nous frappe étant donné qu'un de nos malades a eu une luxation congénitale du côté opposé à la lésion récente.

Cependant nous ne pouvons conclure, bien que nous penchions volontiers en faveur de l'hypothèse qui fait intervenir l'action d'une infection banale et atténuée qui se localiserait et se développerait en un

point de l'organisme que des causes telles que la fatigue, le froid humide, le traumatisme ou peut-être même une prédisposition héréditaire auraient rendu moins résistant.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic clinique de l'arthrite déformante de la hanche chez l'adulte est difficile sinon impossible. Aucun symptôme précis ne peut nous faire différencier cette affection de l'ostéo-arthrite tuberculeuse.

Cependant l'absence d'adénopathie inguinale et iliaque, le bon état général du sujet, et ses antécédents négatifs, ainsi que les craquements au niveau de l'articulation coxo-fémorale qui apparaissent sitôt que la contracture de défense a disparu, doivent nous faire pencher en faveur de l'arthrite déformante de l'adulte.

La radiographie nous éclaire mieux et nous devons y recourir inlassablement si nous ne voulons pas nous exposer à commettre des erreurs regrettables.

Sans vouloir revenir sur les caractères radiographiques exposés plus haut, nous ferons encore et surtout remarquer que notre affection ne présente que des lésions articulaires, dont les ostéophytes sont des témoins d'une importance capitale. Cette néoformation osseuse est un caractère à retenir entre tous, parce que à lui seul il nous permet de différencier notre affection de l'ostéo-arthrite tuberculeuse de la hanche. La tuberculose coxo-fémorale dont la

prédominance initiale des lésions osseuses, est déjà un trait essentiel, ne donne jamais lieu à une prolifération cartilagineuse ou osseuse. Nous devons faire, il est vrai, quelque réserve pour la tuberculose suppurée et fistulisée et pour la tuberculose greffée sur une arthrite traumatique ou infectieuse. Mais ici alors, les antécédents, l'abcès, la fistule, le pus, nous instruisent suffisamment.

Le début lent, insidieux, de l'arthrite déformante de la hanche chez l'adulte, les réflexes normaux constatés sur nos malades, sans compter les caractères radiographiques très différents, sont autant d'indices qui nous permettent de ne pas confondre cette affection avec les arthropathies nerveuses. Ici le début est brusque, spontané ; un gonflement extrême de l'articulation apparaît sans tarder ; les réflexes sont abolis, la mobilisation est très exagérée, l'indolence est la règle.

L'arthrite déformante de la hanche, ne peut être non plus confondue avec la carie sèche, qui n'est pas une arthrite, mais une ostéite chronique, d'ailleurs rare, qui siège plus habituellement semble-t-il à l'épaule qu'à la hanche et qui aboutit à l'atrophie et à la résorption du tissu osseux. L'atrophie des muscles péri-articulaires, qui accompagne la carie sèche est portée d'ailleurs à un degré tel qu'elle réduit les muscles à néant et qu'à elle seule elle peut nous dicter le diagnostic.

Dans la coxa-vara il y a bien une rotation externe, et une ascension du grand trochanter accompagnées

ou précédées de douleurs assez vives et de raideur musculaire, mais il y a adduction et il n'y a pas de flexion. La radiographie d'ailleurs fera diagnostiquer facilement les déformations de l'arthrite de l'adulte, celles de la coxa-vara et de la coxa-valga.

Bien que le rhumatisme tuberculeux fasse subir aux jointures les modifications rencontrées dans l'affection qui nous intéresse (Ostéophytes, usure des cartilages, changement de configuration des surfaces articulaires) l'arthrite déformante de la hanche s'en distingue encore.

En effet le rhumatisme tuberculeux offre en général une allure subaiguë, avec fièvre, douleurs très vives, tuméfaction ; il se localise le plus souvent sur plusieurs articulations à la fois et mène à l'ankylose complète fibreuse ou osseuse.

En somme en présence d'un malade atteint de troubles au niveau de la hanche il ne faudra pas après avoir facilement éliminé les arthrites nerveuses, la carie sèche, le rhumatisme tuberculeux, la coxa-vara et même la coxa-valga, songer uniquement à la tuberculose.

L'absence d'adénopathie inguinale et iliaque et d'atrophies marquées devra nous conduire à un examen radiographique qui nous montrera en cas d'arthrite déformante de l'adulte les lésions capitales : ostéophytes, diminution de l'espace articulaire, déformation caractéristique de la tête du fémur.

Le long traitement qu'exige l'ostéo-arthrite tuberculeuse, la longue immobilisation toujours pénible

pour l'adulte, sans compter l'idée de la tuberculose qui effraie et frappe le malade sont autant de facteurs trop sérieux pour être négligeables.

Aussi nous ne saurions trop insister sur le bénéfice qu'on peut tirer de la radiographie, qui seule peut nous guider et nous éclairer en pareil cas, et nous permettre de porter un diagnostic sûr. Si, en effet, elle nous fait constater dans l'articulation de la hanche chez un adulte, la présence d'ostéophytes marginaux, et la déformation typique de la tête du fémur, nous pouvons conclure sans crainte de commettre une erreur que nous avons affaire à une Arthrite déformante de la hanche de l'adulte.

PRONOSTIC

Nous avons surtout voulu attirer l'attention sur une affection de l'adulte, qui échappe souvent à l'examen et à laquelle, croyons-nous, on ne s'arrête que rarement parce que les signes cliniques qu'elle présente rappellent trop les symptômes de l'ostéo-arthrite tuberculeuse.

Or si cette dernière doit être considérée comme une affection grave, l'arthrite déformante peut être regardée comme étant relativement bénigne.

En effet, le pronostic *quoad vitam* est excellent. La santé générale n'est guère altérée.

Le pronostic fonctionnel lui-même paraît devoir être assez satisfaisant. Nous avons constaté qu'il ne se produit ni ankylose, ni suppuration. Nous admettons il est vrai que les lésions de l'arthrite déformante de l'adulte, ne rétrocedent pas, mais nous supposons volontiers que grâce au traitement, elles peuvent rester stationnaires ou ne progresser qu'avec une extrême lenteur.

La récurrence, nous ne devons pas le laisser ignorer, est sans doute possible et il est vraisemblable que toute récurrence diminue dans une certaine mesure l'utilité du membre, son aptitude au travail, gêne

(par les néo-formations osseuses auxquelles elle peut donner lieu) le jeu de l'articulation ; mais ce que nous ne croyons pas e'est qu'elle fasse jamais de nos malades de véritables infirmes.

TRAITEMENT

Le traitement qui nous a paru le plus logique a été avant tout de mettre au repos absolu le membre atteint, et chez nos deux malades nous en avons tiré le plus grand bénéfice, puisque l'un deux, au bout de trente jours, a pu se lever et que l'autre, au bout d'une semaine ne ressentait plus de douleurs, ne conservait plus d'attitude vicieuse (à part une légère rotation externe) et avait une hanche relativement mobile.

Nous recommanderons donc :

L'immobilisation parfaite sous extension continue, limitée à un temps de courte durée : (nous avons appliqué un appareil de Tillaux pendant un mois). On obtient ainsi la cessation presque immédiate des douleurs.

Si par hasard, les douleurs persistaient, on peut employer les baumes, les onctions, les pointes de feu, l'air chaud.

Le massage péri-articulaire sera pratiqué par la suite. En outre nous conseillerons la balnéation sulfureuse et tout particulièrement les eaux sulfureuses sodiques thermales (51°) de Guagno-les-Bains et de Pietrapola (Corse) qui ont donné dans des cas de rhumatismes et d'arthrites sèches, des résultats merveilleux.

On imposera aussi une meilleure hygiène tant au point de vue de l'habitation que du vêtement, du genre de vie et de l'alimentation : faire fuir les appartements humides et froids et conseiller d'habiter un pays au climat tiède et doux.

A l'intérieur, on recommandera l'iodure de potassium ou de sodium à petites doses, et de légers purgatifs pris périodiquement.

On a prêté au traitement thyroïdien une grande valeur au cours de l'arthrite sèche ; nous pourrions à la rigueur le mettre à l'épreuve dans le cas qui nous intéresse.

Si malgré toutes ces tentatives on n'arrive pas à procurer sinon la guérison du moins une amélioration stable, nous nous demandons s'il ne serait pas utile d'intervenir chirurgicalement et de procéder soit à l'arthrotomie ayant pour but de donner issue à des corps étrangers et de supprimer un obstacle défini limitant le jeu de l'articulation, soit à la résection de la tête fémorale lorsque les douleurs sont trop vives et les fonctions du membre assez troublées. Dans ces cas-là nous avons lieu d'espérer d'excellents résultats par les interventions chirurgicales.

Mais ces cas-là nous mettent déjà en présence d'une forme grave, forme que l'arthrite de l'adulte ne doit, pensons-nous, présenter que rarement ; d'autant plus rarement que le diagnostic sera posé au début de l'affection et que le traitement sera institué en temps opportun.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Mme Y..., âgée de 38 ans, propriétaire d'un café, vient consulter à l'hôpital de Lariboisière le 15 février 1921, pour des douleurs de la hanche droite et une gêne très accentuée de la marche.

Histoire de la maladie. — Depuis dix mois les douleurs ont apparu d'abord peu marquées puis [progressivement croissantes et à l'heure actuelle la malade est une infirme qui ne peut circuler qu'avec des cannes et l'aide de son mari. Car disons tout de suite qu'elle a une ankylose de la jambe gauche consécutive à une réduction opératoire de luxation congénitale. Cette réduction a été pratiquée il y a environ trente ans par le Dr Calot et la malade conserve à l'heure actuelle de cette opération une cicatrice assez importante et une ankylose absolue.

Examen. — A l'interrogatoire la malade nous dit que les douleurs sont peu vives, sourdes et continues, qu'elles sont calmées par le repos, mais qu'elles augmentent à la marche. La marche en effet est rapidement impossible. Après quelques pas la malade ne peut continuer et c'est à cause de cet état que consultant différents médecins on pose à plusieurs reprises le diagnostic de *Coxalgie*.

Examen physique. — *Debout de face*: Le membre inférieur

droit est en flexion, abduction et rotation externe tandis que du côté opposé le membre est en adduction et rotation interne légère.

Vue de dos : On constate l'affaissement du pli fessier du côté douloureux.

La marche est très difficile à cause des lésions bilatérales et peu caractéristique.

La station à cloche-pied sur le membre douloureux est impossible.

Couchée. — On constate après avoir fait disparaître les formations de compensation que le membre droit est bien en flexion, abduction, rotation externe, que tout mouvement est impossible dans l'articulation de la hanche par contracture des muscles, qu'il existe une légère atrophie musculaire péri-articulaire.

On ne note aucune adénopathie inguinale et iliaque ni aucun empatement.

L'exploration de la fesse et du triangle de Scarpa détermine à peine une légère sensibilité. A distance, par pression sur le grand trochanter et sur le genou on ne provoque aucune douleur.

Il existe une légère ascension du grand trochanter au-dessus de la ligne Nélaton-Roser.

L'examen de la hanche du côté opposé montre une ankylose absolue avec adduction et rotation interne. Aucune réaction fébrile. Aucun trouble de l'état général. Réflexes normaux. Pas d'Argyll.

Aucun signe pulmonaire, ni cardiaque.

Menstruation régulière.

Notre malade a eu une grossesse normale et son enfant âgé de douze ans est bien portant.

Antécédents personnels et héréditaires. — Néant. Sauf cette histoire de luxation congénitale du côté opposé à la lésion actuelle intéressante à signaler au point de vue pathogénique.



Examen radiographique de la hanche droite (vue postérieure). — On observe : 1° une légère ascension en masse de l'extrémité supérieure du fémur. Le bord inférieur du col ne se continue pas en plein cintre avec le bord supérieur du

trou obturateur. Cette ascension peut être évaluée à un centimètre environ.

2° Un aplatissement de la tête fémorale, prenant l'aspect d'un tampon de wagon.

3° L'espace articulaire a complètement disparu dans la partie supérieure au voisinage du sourcil cotyloïdien.

4° Le sourcil cotyloïdien se prolonge jusqu'au milieu supérieur du col en une saillie ostéophytique très marquée, très effilée.

5° Le fémur est en abduction, rotation externe.

Pas de coxa-vara, pas de trochantérite, pas d'épaississement du col, pas de décalcification.

Traitement et Evolution. — Immobilisation au lit sous extension continue (application de l'appareil de Tillaux.) A l'intérieur iodure de potassium (1 gramme par jour.)

Cessation presque immédiate des douleurs, et au bout de huit jours disparition complète des contractures. La hanche est relativement mobile et on perçoit de légers craquements.

Au bout d'un mois nous enlevons l'appareil de Tillaux. L'état général de notre malade reste excellent. L'attitude vicieuse du membre a disparu en grande partie (plus de flexion, plus d'abduction; il ne reste qu'une légère rotation externe.)

L'articulation coxo-fémorale est relativement mobile; il n'y a pas d'ankylose mais il persiste une légère limitation des mouvements due sans doute aux formations ostéophytiques.

L'atrophie péri-articulaire est à peine marquée.

Pas de douleurs spontanées, pas de douleurs provoquées. La malade se lève, marche sans aucune aide et ne ressent

aucune gêne douloureuse du côté de son articulation coxo-fémorale droite.

Nous supprimons l'appareil de Tillaux, nous conseillons à la malade de se lever tous les jours et de continuer le traitement par la balnéation sulfureuse, le massage péri-articulaire et l'absorption d'iodure de potassium.

OBSERVATION II

(Due à l'obligeance de mon ami F. Masmonteil,
Interne des Hôpitaux de Paris, Aide d'Anatomie
des Hôpitaux.)

Mme C... âgée de 40 ans vient consulter pour des douleurs de la hanche et claudication.

Histoire de la maladie. — Le début remonte à un an. La malade se plaignant de douleurs vagues de la hanche droite va voir un médecin qui porte le diagnostic de sciatique. Mais au bout de quelques mois souffrant toujours elle va voir un autre médecin qui la fait radiographier et malgré une radiographie extrêmement nette avec *Ostéophytes marginaux*, parle de *Coxalgie*. La malade hésite à se laisser mettre dans un plâtre; elle est obligée de gagner sa vie; elle se repose de façon intermittente et enfin se décide de venir de M... à Paris, consulter.

On fait une radiographie en ville et la malade nous est envoyée à l'hôpital de la Salpêtrière.

Examen clinique. Signes fonctionnels. — La malade accuse des douleurs fessières à droite irradiant vers la face postérieure de la cuisse. Ces douleurs calmées par le repos augmentent par la fatigue.

Elles ont semblé assez aiguës pour nécessiter l'emploi de calmants, pulvérisations au chlorure d'éthyle, etc.

Impotence fonctionnelle. — La malade ne peut s'appuyer sur son membre atteint sans réveiller des douleurs assez vives ; elle a eu une boiterie progressive qui l'affecte beaucoup car elle l'empêche de vaquer à ses occupations.

Signes physiques. — *Examen debout :* La malade est en attitude hanchée sur le côté gauche.

Le membre droit est en flexion légère, abduction et rotation externe, le tout légèrement compensé par une ensellure lombaire, l'inclinaison et la rotation du bassin.

De dos : il y a un léger affaissement du pli fessier.

A la marche : la malade boîte, escamotant le point d'appui sur le membre lésé.

Examen couché : Les compensations supprimées on retrouve la flexion, l'abduction, la rotation externe du membre inférieur droit.

On note en outre une contraction très marquée des muscles périarticulaires portant sur tous les mouvements et les limitant en grande partie. Pas de douleurs provoquées à distance par la pression sur le grand trochanter et sur le genou. Légère sensibilité à l'exploration de la fesse et du triangle de Scarpa. Peu ou pas d'atrophie musculaire à la vue et à la palpation.

Pas de ganglions inguinaux et iliaques.

Réflexes normaux. Pas de signe d'Argyll-Robertson. L'état général de la malade est bon. Rien aux poumons, rien au cœur.

Antécédents personnels. — Deux grossesses normales. Enfants bien portants. Rien par ailleurs, ni lésions pulmo-

naires et cardiaques, ni rhumatismes, ni infections dont la malade se rappelle.

Pas de traumatisme.

Antécédents héréditaires : Néant.

Examen radiographique. — *A droite* : 1° Ce qui frappe c'est l'ascension de la tête et du col du fémur révélée par le fait que le bord inférieur du col ne se continue pas en plein cintre avec la voûte du trou obturateur.

Cette ascension peut être évaluée à un centimètre.

2° On observe une déformation de la tête fémorale qui est aplatie en tampon de wagon.

3° Une usure légère du bord supérieur du cotyle, qui est prolongé en dehors par des formations ostéophytiques très importantes.

4° On remarque en outre quelques ostéophytes isolés et situés mais à distance le long du bord supérieur du col du fémur.

5° Une diminution de l'espace articulaire ou pincement articulaire au niveau de la partie supérieure. On ne trouve pas de décalcification osseuse.

Un repos absolu au lit pendant une semaine environ a suffi pour faire disparaître les phénomènes douloureux et l'attitude vicieuse qui n'est plus marquée que par une légère rotation externe. A ce moment la mensuration nous permet de constater que le membre inférieur droit présente un raccourcissement de un centimètre environ. La hanche est partiellement mobile et on peut percevoir quelques craquements.

La malade n'a pu être suivie plus longtemps étant rentrée chez elle à M...

CONCLUSIONS

1° A côté de l'arthrite déformante de la hanche de l'enfant et du vieillard, il existe une arthrite déformante de l'adulte.

2° Cette affection confondue le plus souvent avec la tuberculose coxo-fémorale doit en être distinguée nettement tant au point de vue clinique, qu'au point de vue pronostic et traitement.

3° La radiographie, toujours à faire en cas de lésion de la hanche, nous donne ici les symptômes capitaux qui nous permettent seuls d'éliminer la tuberculose : c'est-à-dire : ostéophytes, déformation caractéristique de la tête fémorale.

4° Comme l'arthrite du vieillard et de l'enfant sa pathogénie est obscure et ne peut nous donner une direction thérapeutique absolue.

5° Son pronostic *quoad vitam* est excellent, mais les rechutes toujours possibles dans ce genre d'affection et leur aggravation progressive obscurcissent le pronostic fonctionnel.

6° Un traitement local (immobilisation et extension

continue) associé à un traitement diathésique (bains sulfureux, iodure de potassium, extrait glandulaire) rendra rapidement à la vie courante ces malades qu'une erreur de diagnostic aurait immobilisés pendant de longs mois au lit.

Vu : le Président de la thèse,
GOSSET

Vu : Le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
P. APPELL

BIBLIOGRAPHIE

1888. *Zezas*. — Deutsche Zeitschrift f. Chir., t. XXVII.
1890. *Kirmisson*. — Traité des maladies acquises de l'appareil locomoteur.
1896. *Duplay et Reclus*. — Traité de Chirurgie.
Kirmisson. — Membres, t. VIII.
Duplay. — Les pseudo-coxalgies (Semaine médicale).
1897. *Maydl*. — Wiener Klinische Wochenschrift, n° 10.
1902. *Nové-Josserand*. — Variété particulière d'une ostéo-arthrite de l'enfance (Revue mensuelle des maladies de l'enfance, janvier).
1903. *Moulis*. — Thèse inaugurale, Montpellier.
Von Brunn. — Beiträge zur Klinischen Chirurgie, t. XI et XLI.
1905. *Negroni*. — Ostéo-arthrite déformante juvénile (Archivio di Ortopedia, fasc. 3).
1906. *Bouchard*. — Deutsche Zeitschrift. f. Chir., t. LXXXV.
Hoffa. — Thérapeutique der Gegemvart. Berlin.
Preiser. — Deutsche Zeitschrift. f. Chir., t. LXXXIX.
1907. *Galeazzi*. — Sull' Osteo-arthrite deformativa giovanile dell'anca (Monografia, 1907).
Imelmann. — Congrès Allemand de Chirurgie, in Deutsche Medizinische Wochenschrift, n° 5 et 6.
Morestin. — Chirurgie générale des articulations.
1908. *Palagi*. — Ricerche del ricambio materiale in casi di osteo-artrite giovanile dell'anca (Società milanese di medicina e biologia, 2 mars).
Dunlop. — Diagnostic des affections non tuberculeuses de la hanche (Washington medical annal).
Matzuoka. — Deutsche Zeitschrift. f. Chir., décembre 1908.

1909. *Hoffa et Wollemberg.* — Arthrite déformante et inflammations chroniques des articulations, n° 24, 630.
Frangenheim. — Ostéo-arthrite déformante juvénile, Coxa-Vara et décollement épiphysaire de l'extrémité sup. de la hanche (*Beiträge z. chir. Klin.*, 1909).
1910. *Rottenstein et Houzel.* — Etude critique sur l'ostéo-arthrite déformante et la carie sèche de la hanche. (*Revue de chirurgie*, mars 1910).
1910. *Calvé.* — Sur une forme particulière de pseudo-Coxalgie (*Revue de Chirurgie*, juillet 1910).
Perthes. — Arthrite juvénile déformante (*Deut. Zeitschrift f. Chir.*, octobre 1910).
Legg. — An obscure affections of the hip joint (*Boston. medical and Surg. Journ.*, 17 fév. 1910).
Gull. — Ein dusch osteoarthritis deformans juvenilis trichterförmig verengtes (Becken. Hegar's Beitrage).
1911. *Levy.* — Ueber Osteoarthritis deformans coxæ-juvenilis (*Deutsche Zeitschrift. f. Chir.*, avril 1911).
Waldenström. — Nord. Med. Arch.
1912. *Eden.* — Ueber Osteoarthritis deformans coxæ juvenilis (*Deust Zeitsch. f. Chir.*)
1913. *Maucclair.* — Chirurgie générale et Chirurgie Orthopédique des membres. Nouveau traité de chirurgie.
1914. *Klar.* — Arthropathia deformans coxæ juvenilis (*Munch. med. Wochenschr.*, 1914, 28).
1917. *Forgue.* — Précis de pathologie externe, t. I.
Viriot. — Thèse de Nancy.
1918. *Froëlich.* — Coxa vara essentielle et arthrite déformante juvénile (*Revue d'orthopédie*, avril 1918, n° 2).
Mérine. — Ostéo-chondrite déformante infantile de l'épiphyse fémorale sup. Thèse de Paris.
1920. *Constantini.* — Ostéoarthrite déformante juvénile (*Société Anatom.*, 17 avril 1920).
Bargellini. — Ostéo-arthrite di ortopedia, anno XXXVI, fasc. I).
1921. *Lance.* — Ostéo-arthrite déformante de la hanche (*Gazette des Hôpitaux*, 15 à 17 février).

Imp. de la Faculté de Méd., Jouve et C^{re}, 15, r. Racine, Paris. — 5043-21
